Rok XXX. Kraków, 21 Marca 1891. Nr. 12.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsca po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O jadzie i o komórkach nowotworów złośliwych (raków).

Doniesienie trzecie.

Podał
Prof. Dr. Adamkiewicz.

1. Jad rakowy, tworzący się w istocie rakowéj, przezemnie wykazany i co do swych własności fizyjologicznych w krótkości opisany, działa drogą krwionośną o wiele energiczniéj, niż przez naczynia limfatyczne. Dawka, która do krwi wprowadzona zabija zwierzę natychmiast, wprowadzona przez naczynia limfatyczne działa zabójczo dopiero po kilku dniach. W każdym razie występują przed śmiercią porażenia, podczas gdy objawów podrażnienia w tym przypadku albo wcale niema, lub też słabo są tylko zaznaczone.

Porażenia są atypowe i odnoszą się przedewszystkiem do nerwów kończyn i do nerwów błędnych.

Do objawów zadrażnienia należy *nystagmus*.

2. Jeżeli przeszczepimy kawałeczki świeżych nowotworów rakowych zwierzętom, to często można wykazać, że już w krótkim przeciągu czasu komórki rakowe w kawałeczkach przeszczepionych, znikają jużto w większéj, jużto w mniejszéj ilości, niekiedy nawet w całych grupach.

Najlepiéj widzimy to w rakach, posiadających budowę jamistą, alveolarną.

Równocześnie jednak występują w narządzie zaszczepionym nietylko w pobliżu miejsca zaszczepienia, ale i w rozmaitych odległościach od nich, niekiedy bardzo znacznych, ogniska.

Miejsca te już gołem okiem spostrzegać się dają, a pod drobnowidem występują w postaci nacieków ogniskowych, które w samym środku ulegają rozpadowi, a obwodowo okazują wybitną dążność do prędkiego szerzenia się odśrodkowego.

Ogniska te występują przeważnie w większych i wolnych przestworach międzytkaninowych, ale ich znaleść można także i w saméj istocie tkanki.

Jeśli przy tych samych warunkach zaszczepimy zwierzęciu przybłonki zdrowe, to widzimy, że te komórki przybłonkowe miejsca, które w przeszczepionéj tkance zajmują, nie opuszczają. A w narządzie zaszczepionym nigdzie przerzutów wykazać nie można.

Komórki rakowe nadto różnią się bardzo pod względem bogactwa postaci, sposobu rozmnażania, ułożenia się i pod względem ostatecznego losu, co dokładnie w pracy szczegółowéj określę, od komórek przybłonkowych, za które są powszechnie uważane, z czego wynika, że komórki rakowe nie mają dużo wspólnego nie tylko z elementami przybłonkowemi, z któremi je teoryja Conheima w rozwojowy sprowadza związek, ale nawet z elementami normalnych komórek w ogólności, że więc są tworami właściwego rodzaju, mającemi odrębne znaczenie patologiczne.

II. Rzut oka na obecny stan nauki o rzeżączce męskich narządów płciowych i na jej stosunek do impotencyi i niepłodności u mężczyn.

Napisał
Dr. Ernest Finger.
docent dermatologii i syfilidologii w uniwersytecie wiedeńskim.

(Dok. Patrz Nr. 11).

Temu obrazowi anatomicznemu odpowiadają także zupełnie typowe objawy kliniczne. Pominąwszy inne, nas tutaj nie obchodzące przypady, należą tu zaburzenia w sferze płciowéj, które początkowo mają cechę podniecenia, późniéj charakter przygnębienia. Chorzy dotknięci tą postacią przewlekłéj rzeżączki mają z początku zwiększony popęd płciowy, są w stanie spółkować często, ze spotęgowanem uczu-

ciem lubieżności, cierpią atoli obok tego na częste, 2—3 razy na tydzień, ba nawet każdą noc się powtarzające pomazania. Podczas gdy ilość tych pomazań pozostaje stałą, a nawet się wzmaga, to zdolność płciowa powoli się zmniejsza. Występują objawy „pobudliwego osłabienia“, niedostateczne naprężenia, przedwczesne wydzielanie nasienia. Uczucie lubieżności słabnie. Postać ta wreszcie przechodzi powoli w porażenne niedołęztwo męskie (*impotentia paralytica*).

Zwykle też stale występują dwa inne objawy. Naprzód nasieniotok, częściéj jako nasieniotok przy oddawaniu kału aniżeli moczowy, daléj sterczotok (*prostatorrhoë*). Nad tą ostatnią musimy się jeszcze nieco zastanowić. Już Duoy, a w najnownych czasach Fürbringer znowu zwrócił uwagę na okoliczność. że w nasieniotoku, gdzie izolowana treść pęcherzyków nasiennych wypróżnia się bez przymieszki wydzieliny gruczołu krokowego, plemniki wtedy po największéj części są pozbawione ruchu. Burckhart i ja mogliśmy tę okoliczność potwierdzić. Fürbringer przychodzi na podstawie dalszych spostrzeżeń do arcyprawdopodobnego przypuszczenia, że prawidłowa wydzielina gruczołu krokowego zdolna jest obudzić w plemnikach, chociaż się one w drogach nasiennych nie poruszają, drzemiące życie i ruch w nich wywołać. Lecz właśnie u chorych dotkniętych tą postacią przewlekłéj rzeżączki wydzielina gruczołu krokowego nie jest wcale prawidłową. Pochodzi ona bowiem z gruczołu nieżytem dotkniętego. Fakt ten można zawsze udowodnić pod mikroskopem przez mniéj lub więcéj znaczną ilość ciałek ropnych, znajdujących się w wydzielinie grucz. krokowego. Również oddziaływa inaczéj wydzielina ta, pochodząca z chorego grucz. krokowego w przeciwieństwie do wyraźnie kwaśnego oddziaływania wydzieliny prawidłowéj, oddziaływanie jéj w tych przypadkach jest słabo kwaśne, a nierzadko nawet obojętne (Burckhart). Czy tak zmieniona wydzielina gruczołu krokowego jest jeszcze w stanie zadziałać na plemniki ożywiająco? Sądzę, że nie, a opieram się przytem na kilku własnych spostrzeżeniach, w których nie tylko produkt przy nasieniotoku, ale także produkt pomazania nocnego zawierał martwe plemniki (*necrospermia*). Widzimy przeto, że właśnie ta postać przewlekłéj rzeżączki stoi w różnorodnym genetycznym związku z impotencyją i niepłodnością. Raz, że wywiera wpływ na rozmaite postacie i stopnie *impotentiae coëundi*, to znowu przez przemianę wydzieliny krokowéj może, jak się zdaje, wywołać nekrospermiję, i co za tem idzie, niepłodność; tak samo liczne wypróżnienia pęcherzyków nasiennych przez nasieniotok i pomazania nocne, jak mogą wprawdzie powiększyć wydzielinę nasienia, tak znowu razem z tem będą w stanie w podobny sposób wywołać oligospermiję i azoospermiję — obserwacyja nierzadka po długotrwałych wybrykach *in coitu*. *Potentia coëundi* i *generandi* mogą zatem w téj postaci przewlekłéj rzeżączki równie mocno ucierpieć, a jeżeli Fürbringer podaje, że z 200 przypadków impotencyi w 51% udowodnił rzeżączkę jako jedyną albo konkurującą przyczynę, to nie waham się wcale większą przynajmniéj część jego przypadków do téj zaliczyć postaci. Najlepszy zresztą dowód genetycznego związku rzeżączki z zaburzeniami płciowemi daje nam leczenie. W większéj połowie przypadków, jeśli tylko nie postąpiły zbyt daleko, leczenie przeciwrzeżączkowe wystarcza również do znacznego polepszenia zaburzeń płciowych.

Z pośród powikłań rzeżączki należy tu najpierw wymienić zapalenie ciałka jamistego (*cavernitis*). Ostry okres z erekcyjami, ze skrzywieniem prącia wytwarza przejściową niezdolność spółkowania. Do tegoż samego trwałego wyniku, do trwałéj niezdolności spółkowania mogą także doprowadzić okresy końcowe ostrego zapalenia ciałka jamistego (*cavernitis anter.*) stwardnienie albo zropienie, a mianowicie wtedy, jeżeli stwardnienie albo blizna sprowadzi zamknięcie *corporis cavernosi* a przez to samo skrzywienie prącia przy erekcyi. Jeżeli ropnie ciałka jamistego w *angulus penoscrotalis* albo na międzykroczu doprowadzą do przebicia na zewnątrz i wewnątrz, zatem do wytworzenia się przetoki, to może przy ejakulacyjach nasienie wychodzić przez przetokę, a tem samem może przyjść do pewnego rodzaju *aspermatismus*. Takie same zboczenia może wywołać także ostre zapalenie gruczołów Coopera.

Ostre miąższowe zapalenie grucz. krokowego, jeżeli dojdzie do okresu wessania, nie naruszy trwale zdolności płciowéj. Gorszemi już są te przypadki, w których stwardnienie grucz. krokowego (*induratio prostatae*) pozostaje trwale. Wtedy bowiem pozostaje najczęściéj nieżyt gruczołów krokowych, sterczotok (*prostatorrhoë*). O znaczeniu zaś jéj dla zdolności zapładniania (*potentia generandi*) już wyżéj mieliśmy sposobność wspomnieć.

Znaczenie ropnego zapalenia grucz. krokowego (*prostatis acuta suppur.*) jest rozmaite względnie do siedliska, rozległości zropienia i przebicia się ropni. Otwarcie się wytworzonych ropni przez odbytnicę jest dla zdolności płciowéj po największéj części obojętnem. Przy przebiciu się ropy do cewki moczowéj, należy się obawiać sąsiedztwa przewodów wytryskowych. Przez wciągnięcie takowych albo choćby jednego z nich w ognisko ropne, albo przez przebicie ropnia tuż obok ich ujścia do cewki, mogą przewody wytryskowe albo ich ujścia znaleźć się w obrębie tworzącéj się blizny, mogą się zagiąć, poszarpać, zamknąć, co wywoła przy jednostronnym przebiegu sprawy oligospermiję, przy obustronnym zaś *aspermatismus*.

Lżejszą ze względu na cały przebieg, ale dla zdolności spółkowania podobnego znaczenia jest zrazikowe zapal. gruczołu krokowego, częste powikłanie ostréj tylnéj rzeżączki. Ta nie przedstawia żadnych objawów podmiotowych, przedmiotowo można ją stwierdzić li przy badaniu przez odbytnicę, przez wykazanie jednego albo kilku obrzęków wielkości grochu w jednym tylko lub też w obu płatach nie powiększonego zresztą gruczołu krokowego. Bez wątpienia rozchodzi się tutaj o okołogruczołowe, od pojedyneczych gruczołków prostaty wychodzące nacieki, których ostatecznem zakończeniem może być owrzodzenie i zabliźnienie. Atoli te małe, płaskie blizenki mogą też sprowadzać nawet zamknięcie przewodów wytryskujących. Tak pomiędzy 25 sekcyjami przewlekłéj rzeżączki znalazłem w 3-ch przypadkach takie płytkie blizny, które w 2-ch przypadkach znajdowały się po stronie prawéj i lewéj wzgórka nasiennego i sprowadziły zarośnięcie przewodów wytryskowych. W przypadku 3-im była blizna na samym wzgórku nasiennym, dzieląc go niejako na dwie połowy, a ztąd przechodziła ku stronie lewéj, zamykając lewy przewód wytryskowy. Związek takich blizn z oligospermiją i aspermetyzmem jest jasnym.

Zapalenie pęcherzyków nasiennych było dotąd tak w ogólności, jak i ze względu na kwestyję tu nas zajmującą przedmiotem nielicznych tylko badań. W przypadkach ostrych nie zawiera nasienie żadnych albo li martwe plemniki. W dwóch przypadkach przewlekłych, które

obserwowałem, a w których oba pęcherzyki nasienne były zgrubiałe, zawierało nasienie nieliczne martwe plemniki; również w dwóch przypadkach, które przy sekcyi miałem sposobność widzieć, a w których rozchodziło się o jednostronne zapal. pęcherzyków nasiennych za życia (*spermatocystitis*) na pozór wszelkich pozbawione przypadów, brak było zupełnie plemników w śluzowo- ropnéj treści chorego pęcherzyka nasiennego. Że przewlekłe zapal. pęcherzyków nasiennych w swych końcowych okresach (zanik) w jednostronnéj lokalizacyi wywoła oligospermiję, w obustronnéj zaś azoospermiję, jest jasnem zupełnie. Anatomicznych atoli badań brak dotąd na tem polu.

Zapalenie przyjądrza (*epididymitis*) najlepiéj jest zbadanem ze względu na naszą kwestyję. Główny interes zwraca się tutaj ku cierpieniu obustronnemu, przy jednostronnem bowiem zapaleniu druga strona zdrowa zawsze jeszcze dostarcza prawidłowego nasienia. W ostrych przypadkach zawiera nasienie obok zwykłych składników komórkowych nasienia także liczne ciałka ropne, przy jednostronnem zapaleniu plemniki prawidłowe. Przy obustronnem zapaleniu brakuje plemników po największéj części zaraz od 2-go albo 3-go dnia choroby. W miarę znikania objawów ostrych, zmniejsza się ropna przymieszka nasienia, nasienie przedstawia często płyn właściwy, jakby rozcieńczony, często też jeszcze przez wiele miesięcy brakuje w nim plemników. — Ważniejszemi, bo częstokroć trwałemi są zmiany wywołane przez tak często utrzymujące się przewlekłe nacieki i zgrubienia. Zgrubienia te, składające się ze stwardniałéj tkanki łącznéj, otaczają kanaliki przyjądrza i wytwarzają, jak to wykazał Gosselin swemi nastrzykiwaniami, jużto ucisk, już też li tylko zwężenie tychże przewodów. Jeżeli taki włóknisty guzek znajduje się w głowie przyjądrza, natenczas jest on względnie obojętnym, ponieważ przez część środkową i końcową (*corpus ac cauda*) jeszcze dosyć nasienia może się przesunąć. Jeżeli natomiast guzek znajduje się w części końcowéj, to wtedy stosunki są o wiele niekorzystniejsze, przeszkoda w przejściu nasienia znaczniejsza, ba może nawet zupełna.

Z a p a l. s z n u r k a n a s i e n n e g o (*Funiculitis*) nareszcie, towarzyszące nierzadko ostréj sprawie zapalnéj, może doprowadzić do zarośnięcia sznurka nasiennego, co naturalnie znosi w zupełności odpływ nasienia z jądra choréj strony,

Jeżeli li jedno przyjądrze jest chore, to zawsze jeszcze drugie wypełnia regularnie swą czynność, należałoby nawet oczekiwać odeń wydzielania zastępczego. To atoli nie we wszystkich przypadkach ma miejsce. Przynajmniéj Jullien twierdzi, że w niektórych przypadkach jednostronnego zapalenia przyjądrza, przy na pozór zupełnie prawidłowem drugiem jądrze i przyjądrzu, znalazł w okresie ostrym brak zupełny plemników, po zniknięciu zaś objawów zapalnych obserwował oligospermiję, trwającą częstokroć uderzająco długo. Zresztą nie należy zapominać, że wyraźna *epididymitis* jednostronna może się wikłać z zamknięciem przewodu wytryskowego, które przebiega bez wszelkich objawów przedmiotowych, albo też z tak samo przebiegającem zapaleniem pęcherzyka nasiennego drugiéj strony.

W 85 obserwowanych przypadkach, w których po obustronnem zapaleniu przyjądrza zgrubienie albo zamknięcie sznurka nasiennego ustąpiło, mogli Godard, Liegeois, Jullien li 9 razy stwierdzić powrót plemników, w reszcie (76) przypadków utrzymała się azoospermija. Na uwydatnienie zasługuje okoliczność, że to nasienie pozbawione plemników, jak to jasno wynika z badań Fürbringera nad składnikami nasienia, nie okazuje zboczenia od stanu prawidłowego ani co do ilości, ani zbitości, ani też co do woni.

Jednostronne zropienie jądra nie narusza czynności drugiego jądra. Obustronne zropienie wytwarza niezdolność zapładniania, lecz, jak o tem świadczy przypadek Björkena, zdolność spółkowania nie musi przytem wcale doznać uszczerbku.

To, cośmy wyżéj podali, dowodzi jasno, w jak różnorodny sposób może męska rzeżączka doprowadzić do impotencyi i niepłodności. Jest to zarazem dobrą ilustracyją tego co podaje Kehrer, który w 96 niepłodnych małżeństwach znalazł 29 razy azoospermiję, 11 razy oligospermiję u mężczyzn, w $^2/_3$ wszystkich przypadków mógł stwierdzić poprzedzającą rzeżączkę, która atoli nie doprowadziła we wszystkich przypadkach do zapalenia przyjądrza. Kehrer dochodzi przeto do wniosku, że jeszcze inne mechanizmy okrom zapalenia przyjądrza mogą doprowadzić do męskiéj niepłodności: wniosek, który usprawiedliwiają przytoczone spostrzeżenia. Rzeczą dalszych badań będzie wypełnić liczne braki, które w kwestyi téj jeszcze się spostrzega.

Wiedeń. — Luty 1891.

III. O gruźlicy tęczówki.

Napisał

Dr. E. Machek (we Lwowie).

(Dok. Patrz Nr. 11.)

W opisanym przypadku wystąpił naprzód naciek gruźliczy, skutkiem tego obrzmienie tęczówki, zmiana barwy, zamazanie utkania i tylne przyczepiny. W tym okresie nie można choroby rozpoznać. Wywiady wykazały, że sprawa może na tle kiły się rozwinęła. Wskazane tedy było leczenie szaruchą. H i r s c h b e r g (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1889 Nr. 24) przedstawił przypadek gruźlicy tęczówkowéj w towarzystwie lek. berlińskiem, w którym mógł wykluczyć kilaki, rozpoznał nowotwór powstały skutkiem dostania się do oka ustrojów drobnowidowych (*baccilläre Geschwulstform)*, a stosował wcierania *„sofort in Anbetracht der Schwere des Falles“*, gdyż rozpoznanie się opierało przecież tylko na wykluczeniu. W naszym przypadku rtęć widocznie stan oka poprawiła. Tłumaczę to wessaniem wypocin zapalnych, obniżeniem ucisku śródocznego. Wiadomo zresztą, że nawet w przypadkach gruźlicy opon mózgowych wcierania sprowadzają znaczne, choć przemijające polepszenie.

Drugi przypadek dotyczył chłopca lat 10 liczącego, który się zgłosił 20 października 1889. Pr. o: V 6/6. Jg. Nr. 1 na 10—45 ctm. Prawidłowe. L. o: Mierne nastrzykanie rzęskowe, wyraźniejsze od wewnątrz, rogówka przy brzegu wewnętrznym lekko zaciemniona. Ciecz wodna czysta, tęczowka nieco ciemniejsza, źrenica węższa. Po zapuszczeniu atropiny okazuje się jedna szeroka przyczepina od wewnątrz. Z wewnętrznego brzegu rzęskowego tęczówki wystaje wyniosłość białawo-żółta, podłużna, 3 mm. długa, 2 szeroka. Wewnętrzną częścią przylega do rogówki, a w tem właśnie miejscu rogówka najbardziéj zaciemniona. Dno oka wziernikiem widoczne. V 6/12. z + 3. Dpt. Jg. Nr. 4 na 23 ctm. Wywiady wzkazują, że chłopiec utracił ojca i matkę na suchoty. Jedynak, nigdy nie chorował, zbudowany dość dobrze, miernie odżywiony, blady. Badanie żadnych zboczeń w ustroju nie wykazuje. Śladów kiły nie ma. Rozpoznanie: prawdopodobnie *tuberculosis iridis*. Atropina i ciepłe okłady. W 10 dni nowotwór daleko większy, żółty, bez naczyń, złożony z małych zrazików, dotyka się tylnéj ściany rogówki, która do połowy się zaciemniła. Źrenica wąska, przyczepiny tylne. Palce liczy na 1 m. W trzy dni późniéj wystąpiły

na zewnętrznéj, dotąd zdrowéj połowie tęczówki przy brzegu źrenicznym małe, szaro-żółte wyniosłości. Tylko poczucie światła, T + 1, połowicze bóle głowy. Rozpoznanie już nie ulegało wątpliwości. Opiekunom oświadczyłem, że sprawa jest gruźliczą, że oko jest stracone i grozi ustrojowi zakażeniem. Byłem za wyłuszczeniem oka. Rodzina postanowiła udać się do Wiednia. Żądają odemnie, aby tylko bóle uśmierzyć i umożebnić podróż choremu, który obecnie bardzo cierpi. Zgodzono się na „małe ukłócie", a ja wykonałem sklerotomiję od dołu. Przy téj sposobności wyrwałem szczypczykami haczykowatemi nieco z tkaniny nowotworu. Przekonałem się, że nowotwór mocno był osadzony a wydobycie byłoby niemożebne jak Hirschberg i Hoene doświadczyli. W naszym przypadku już z tego powodu iridektomija nie była wskazana, że trzeba było całą tęczówkę wyciąć, a więc częściéj operować, a wreszcie nie ulegało wątpliwości, że nowotwór gruźliczy z ciałkiem rzęskowem w ścisłem pozostaje połączeniu. Po operacyi bóle ustąpiły a ranka w 48 godzin była dobrze zlepiona. Zdecydowano się na wyjazd, założyłem opaskę organtynową. Tymczasem 16 dnia znowu mnie wezwano. Lekarz ordynujący podaje, że leczy chorego od dwóch tygodni i przy pierwszem widzeniu stwierdził gorączkę. Obecnie chory nieprzytomny, objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych najwyraźniejsze. Z ranki operacyjnéj rozdziawionéj wystaje nowotwór wielkości małéj fasoli. Od rogówki wydętéj daje się oddzielić, z twardówką zdaje się ściśle połączony rozrósłszy się pod spojówką. Rogówka w zewnętrznéj części także zaciemniona. Przy ogniskowem oświetleniu widać, że przodkowéj komórki niema, na tęczówce większa ilość najwyraźniejszych gruzełków do tylnéj ściany rogówki przyciśniętych. W tydzień późniéj dziecko zmarło. Wydobyte przy operacyi cząstki nowotworu podzieliłem na trzy części i wszczepiłem królikowi do obu oczu, drugiemu do jednego oka. W ciągu siedmiu tygodni rozwinął się we wszystkich trzech oczach charakterystyczny obraz gruźlicy tęczówkowéj, a w jednem także naciek w miejscu ranki rogówkowéj.

Rozpoznanie w tym przypadku opierało się na dziedzicznéj skłonności, na wykluczeniu kiły, na braku silniejszych objawów zadrażnienia, które cechuje początkową gruźlicę, jak poniżéj wykażę, a wreszcie wejrzenie nowotworu za tem przemawiało. Pewnem stało się rozpoznanie po wystąpieniu większéj ilości gruzełków na tęczówce obok pierwotnego nowotworu. Wątpię, aby w naszych przypadkach wyłuszczenie gałki ocznéj było zapobiegło jeszcze rozwojowi sprawy chorobowéj w oponach mózgowych.

Opierając się na mojem doświadczeniu i zbadawszy ogłoszone dotąd w literaturze okulistycznéj przypadki, sądzę, że anatomicznie można rozróżnić trzy rodzaje gruźlicy tęczówkowéj, z któremi się okulista spotkać może, badając chorego. Pierwszy rodzaj jestto naciek gruźliczy. Na tęczówce ciemniejszéj niż prawidłowa, przekrwionej, wykazującéj objawy zapalenia, jak tylne przyczepiny, zwężenie źrenicy, złogi barwika na torebce soczewkowéj, widać lekkie obrzmienie i zgrubienie pewnéj części tęczówki, która to obrzmiała część bywa co do zabarwienia jaśniejsza. Zgrubienie pochodzi od rozmieszczenia komórek gruźliczych w miąższu tęczówki; w żadnem zaś miejscu nie nagromadza się większa ilość komórek gruźliczych, któraby wytworzyła widoczny gruzełek. Pierwszy z opisanych przezemnie przypadków przedstawiał w czasie, w którym go objąłem w leczenie, obraz nacieku gruźliczego, późniéj pojawiły się gruzełki. Podobny naciek gruźliczy napotykamy także w naczyniówce. Badań anatomicznych dostarczył Poncet (*Gazette Médical* 1875. *Choroidite tuberculeuse*). Hirschberg nazywa ten rodzaj gruźliczego zajęcia naczyniówki „*die tuberculöse Entzündung der Aderhaut*" (*Centralbl. f. p. A.* 1884 p. 138). Naciek stanowi w tęczówce najczęściéj okres przejściowy. Rozpoznanie mogłoby się tylko opierać na wykluczeniu innych przyczyn zapalenia. Mimo to lekarz znać powinien ten rodzaj gruźliczego zapalenia, gdyż uwzględniając towarzyszące okoliczności, jak niżéj wykażemy, może rozpoznać przyrodę choroby. Podobnie jak w tęczówce, tak samo i w naczyniówce gruźliczego nacieku z wejrzenia wziernikiem rozpoznać nie można, jeżeli obok tegoż nie można gruzełków wykazać (Wecker, Graefe-Saemisch IV, p. 645). Drugi rodzaj rozsiany (*tubercula dissemanita*) przedstawia najwyraźniéj zwykły obraz gruźlicy. Na tęczówce występuje większa ilość gruzełków odosobnionych, przeważnie przy brzegu źreniczym i rzęskowym rozmieszczonych. Posiadają barwę szarą z lekką przymieszką innéj barwy. Autorowie nazywają tę barwę białawą, biało żółtawą, szaroczerwoną, biało-siną; przy brzegu są przeświecające. Są półkuliste lub prawie kuliste, a wtedy wystają przed powierzchnię. Zawsze są dobrze odgraniczone i nieunaczynione. Trzeci rodzaj przedstawia większe, niejako zbiorowe gruzełki, powstałe z mniejszych (*conglobierter Tuberkel*). One wykazują skład płatowaty, od ciemniejszéj, bo przekrwionéj tęczówki dobrze odgraniczone, a na powierzchni są czasem mniejsze wyniosłości. Powierzchownie mogą być unaczynione, lecz najczęściéj naczyń nie posiadają. Barwy są żółtéj lub żółto-białéj. Dochodzą czasem do znacznéj objętości. Po przebiciu rogówki przedstawiają w mniejszym lub wyższym stopniu obraz rozpadu i bywają pokryte ropą, pochodzącą z otoczenia. Oprócz tych, rzekłbym typowych obrazów, są rodzaje mięszane. Obok większego gruzełka w odosobnieniu bywa większa ilość mniejszych. Na tęczówce, naprzód tylko gruźliczo nacieKłéj, pojawia się większa ilość gruzełków. Budowa anatomiczna gruzełków jest powszechnie znana. Co się zaś tyczy prątków gruźliczych, to tu wspomnieć muszę, że we wielu przypadkach, w których budowa anatomiczna żadnéj nie pozostawiała wątpliwości co do przyrody gruźliczéj nowotworów, prątków wykazać nie było można. Dr. Hill Griffith na dziesięć dokładnie zbadanych przypadków tylko cztery razy mógł wykazać prątki gruźlicze (*Centralbl. f. p. A.* 1889, 389). Również z ujemnym wynikiem badali Hirschberg (*Tubercul. Geschwulst der Iris. Deutsch. med. Woch.* 1889, 23), Hoene (*Księga jubileuszowa* 1884 p. 315) i inni. W gruzełkach tęczówki w ogóle tylko małą ilość prątków napotykamy, a czasem nawet w takich przypadkach, w których ze skutkiem przeszczepiono gruźlicę, prątków wykazać było niemożna (*Leidholdt Centralbl. f. p. A.* 1890 p. 277).

Kliniczny przebieg obrazu chorobowego cechuje przedewszystkiem w okresach początkowych bardzo mierne zadrażnienie i bezbolesność. Światłowstręt bywa mierny, powieki blade, oko lekko przymknięte. Już w opisie Jacobsona (*Arch. f. Ophthal.* XIX. 1) ta okoliczność wpada w oko. Oko chore robi wrażenie, jakby kokainą zapuszczone, zmiany anatomiczne dość znaczne a zadrażnienie mierne. Prawie w każdym opisie wyczytać można, że zmiany anatomiczne, na pierwszy rzut oka widoczne, spodziewaćby się kazały cięższych objawów zadrażnienia. Choroba tedy przebiega jak lekkie i łagodne zapalenie tęczówki, obok którego pojawiają się rozsiane gruzełki albo większy nowotwór gruźliczy. Rogówka przytem najczęściéj bywa zaciemniona, najbardziéj w miejscu, które przylega do głównie zajętéj i chorobowo zmienionéj części tęczówki. Pewną odmianę widzimy z wystąpieniem podwyższonego ucisku śródocznego, który jest przemijającym. Im chory starszy, tem łatwiéj

przychodzi do wygórowanego ucisku śródocznego. Ponieważ atoli gruźlica tęczówki przeważnie w dziecięcym wieku się pojawia, przeto ucisk śródoczny skutkiem podatności i przenikliwości błon ocznych do wysokiego nie dochodzi stopnia. Szapringer przecież spostrzegał podwyższenie ucisku śródocznego nawet u pięciomiesięcznego dziecka (*Wis. Zusammenk. deutsch. Aerzte in New York* 1888). Ze stwardnieniem oka występują połowicze bóle głowy, czoła i skroni, a w rogówce znaczniejsze zaciemnienia. Objawy te ustępują, jeżeli napięcie oka wróci do stanu prawidłowego, co się także bez pomocy lekarskiéj zdarza. Wielka ilość gruzełków daje powód do wystąpienia silniejszego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego. Teraz już bóle są znaczne, nieustające i mogą wskazać wyłuszczenie oka. Jeżeli zaś jeden gruzełek, powiększając się, dotyka rogówki i sprowadzi jéj przebicie, wtedy zmienia się obraz kliniczny. Na oku widać przebity wrzód rogówkowy z większem lub mniejszem wzdęciem rogówki, z naciekami w niéj, z bujaniem z dna wrzodu lub rozpadem. Hirschberg opisał przypadek, w którym przebicie nowotworu gruźliczego przez rogówkę nastąpiło w dziewiątym tygodniu (*Virchows Arch.* t. 60). Po przebiciu rogówki łatwoby można nie rozpoznać gruźliczéj przyrody choroby, gdyż miejsce przebite przedstawia obraz zakaźnych, rozpadających się wrzodów rogówkowych z opadnięciem tęczówki. Czasem przebieg jest powolny i trwa przez miesiące, w innych przypadkach sprawa przebiega dość szybko. Z pojawieniem się ciężkich objawów chorobowych w innych narządach ustroju, które tak często występują u gruźliczych, usuwają się chorzy z pod obserwacyi okulistów. Śmierć zresztą w którymkolwiek z tych okresów przerywa dalszy rozwój choroby. Z 25 przypadków, które z literatury dotyczącéj zestawiłem, a w których rodzaj zejścia był podany, 11 razy śmierć nastąpiła skutkiem gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Rozpoznanie choroby jest łatwe, jeżeli są widoczne gruzełki rozsiane lub obok większego nowotworu gruźliczego widać także małe. W okresie, w którym gruzełków jeszcze nie widać, rozpoznanie jest bardzo trudne. W takich razach na uwadze mieć trzeba skłonność w rodzinie do suchot, ogólny stan zdrowia, wiek, wykluczyć daléj trzeba inne przyczyny zapalenia tęczówki, zważać zresztą, czy zmianom anatomicznym odpowiada zadrażnienie silne, czy oko jest mało zadrażnione, jak bywa w przypadkach gruźlicy tęczówkowéj. Teoretycznie rzecz biorąc, trzebaby wykazać prątki gruźlicze lub przeszczepić ze skutkiem wydobytą z oka tkaninę na tęczówkę królika. Tak np. Knies twierdzi, że w razie nieobecności gruzełków rozpoznać można chorobę jedynie za pomocą przeszczepienia (Knies, *Grundriss der Augenheilkunde* 1890, p. 245). Wymaga to jednak operacyi, która połączona jest, jak doświadczenie poucza, z krwotokami, często z pogorszeniem stanu oka i bujaniem nowotworu na zewnątrz, jak w drugim z moich przypadków. To samo widzieli Alexander (*Centralbl. f. p. A.* 1884), Hoene (j. w.) Schneller, Hirschberg i inni. Co do mnie, najniechętniéj doradzałbym operacyi niejako próbnéj, którą się ma wykonać celem rozpoznania choroby. Sądzę, że uwzględniając wszystkie towarzyszące chorobie oznaki, można dojść do przekonania, czy się ma do czynienia z gruźlicą, czy też nie. W wątpliwych przypadkach często następujące wskazówki mogą wątpliwość usunąć. W przypadkach gruźlicy tęczówkowéj bardzo wcześnie spostrzegamy zaciemnienie rogówki. Zaciemnienia występują w kształcie kropek i plamek okrągłych, osadzonych na tylnéj ścianie rogówki. Późniéj głębsze warstwy rogówkowe zaciemniają się, a wreszcie powierzchnia rogówki bywa jakby pokłóta. Ciecz wodna jest prawie czysta. Zadrażnienie, jak już wspomniałem, jest mierne. W przypadkach niegruźliczego zapalenia tęczówko-rogówkowego objawy zadrażnienia i światłowstrętu bywają znaczne, a ciecz wodna mętna.

Gruźlicę tęczówki napotykamy w wieku dziecięcym do 8-go roku. Rzadziéj pomiędzy rokiem 8 a 20. Wyjątkowo zdarzają się także przypadki u starszych. Najmłodsze dzieci, u których spostrzegano gruźlicę tęczówki, miały 4 miesiące. Przypadki takie opisali Hirschberg (j. w.) i Grfifith (*Primary tuberculosis of iris*). Tenże zebrał aż 32 przypadków z literatury angielskiéj. Najstarszy z jego chorych miał lat 51. Przypadki, które opisali Jacobson, Haenseli-Leber, Falchi, Rüter, Deutschmann, Fuchs, Schapringer, Schneller, Brayley, Treitel, Laquer, Hirschberg, Alexander i Feuer, dotyczą dzieci. W przypadku Hoenego miał chory lat 22, pierwszy z opisanych w ogóle przypadków dotyczył chorego, który miał lat 21 (Gradenigo). Gruźlica tęczówki jest, jak wyżéj wspomniałem, rzadką chorobą. Hirschberg podaje (*Centralbl. f. p. A.* 1889, p. 340), że na 60.000 chorych spostrzegał 6 przypadków, moje dwa przypadki odnoszą się do 15.000 chorych.

Leczenie. W literaturze napotykamy spostrzeżenia, z którychby wnosić było można, że gruźlica oka w niektórych przypadkach jest uleczną. A. Trousseau (*Arch. d'ophtalmologie* 1889. *Lupus et tuberculose oculaires*) wszczepiał w oczy królików tkaninę z wilka (*lupus*). W tęczówce pojawił się nowotwór gruźliczy, który zwolna po jakimś czasie znikł bez śladu. Ogólne zakażenie nie nastąpiło. Trousseau wnosi, że gruźlica oka do pewnego stopnia i w pewnych zapewne rzadkich przypadkach jest uleczna. Schneller (*Ein Fall geheilter Iristuberculose* 1888) opisał przypadek gruźlicy tęczówkowéj, wyleczony wcieraniami szaruchy i jodkiem potasu. Rozpoznanie opierało się na wykazaniu prątków gruźliczych. Pomimo tych spostrzeżeń zapatrywać się trzeba na oko dotknięte gruźlicą, — jeżeli zresztą ustrój jest niezajęty, — jak na ognisko chorobowe, z którego zakażenie przejść może do innych narządów ustroju. Wskazane tedy jest wydalenie choréj części drogą operacyjną, jeżeli doszczętne usunięcie zajętéj gruźlicą tkaniny jest możebne. T. Treitel (*Berl. klin. Wochschrft* 1885, Nr. 28) opisał przypadek, w którym wprawdzie trzy razy trzeba było wycinać tęczówkę, lecz oko ocalono. Wydobycie zajętéj części jest często bardzo trudne, tęczówka bywa przyrośnięta do torebki soczewkowéj, rwie się, a krwotoki zalewają pole operacyjne (Alexander *Centrbl. f. p. A.* 1884). W wielu przypadkach trudno rozpoznać, czy ciałko rzęskowe nie jest zajęte. Jeżeli iridektomija jest niewystarczającą, wtedy wskazane być może wyłuszczenie oka. R. Deutschmann wyłuszczył gałkę u 5 letniego chłopca, który jeszcze sześć lat żył (*klin. ophtal. Miscellen.* Leber-Deutschmann 1881 XVI). Griffith opisuje dwa przypadki śmierci po wyłuszczeniu gałki ocznéj z powodu zapalenia gruźliczego opon mózgowych (j. w.), to samo stwierdzają Thompson i Hirschberg (*Maren. Beiträge zur Lehre von der Augentuberculose.* Berlin 1884). Mojem zdaniem wyłuszczenie oka wykonać można tam, gdzie wzrok już w wysokim sto-

pniu ucierpiał, lub gdzie oko jest bardzo bolesne. Wyłuszczyć zaś gałkę należy, jeżeli z pewnem prawdopodobieństwem orzec można, że gruźlica tęczówki jest pierwotna i że inne narządy ustroju są jeszcze zdrowe. Jeżeli jest podejrzenie, że już inne narządy są zajęte, tedy należy wyczekująco się zachować. Z leków, które zalecono jako skuteczne, wymienić jeszcze muszę jodoform, podany wewnętrznie w dawkach 0·4 dziennie, co Panas zaleca (*Progr. méd.* 1889, Nr. 46).

Tuberkulina Kocha, jak już wspomniałem, mogłaby w wielu przypadkach jako środek, który w ogóle działa na tkaninę przez gruźlicę zajętą, ułatwić rozpoznanie. Jeżeli lek ten w przyszłości mieć będzie praktyczne zastosowanie w leczeniu gruźlicy, to właśnie w przypadkach gruźlicy tęczówki możnaby się spodziewać dobrych wyników, tem bardziéj, że tęczówka jest widoczna i operacyjom przystępna. Zdaje mi się, że w ogóle dla zrozumienia działania tego leku ważne będą spostrzeżenia, dotyczące zachowania się gruzełków tęczówkowych po wstrzyknięciu. Obecnie mam w leczeniu dziesięcioletniego chłopca, podejrzanego o gruźlicę tęczówki; byłby to trzeci przezemnie spostrzegany przypadek. W obec spostrzeżeń Browicza i Virchowa zawahałem się w doradzaniu stosowania tuberkuliny i nie nalegałem na rodzinę, która i tak się sprzeciwia użyciu tego leku. Dotąd, o ile stwierdzić mogłem, tylko Watson Cheyne zastosował tuberkulinę w przypadku gruźlicy tęczówki. Dziewczynka dziewięcioletnia po trzeciem wstrzyknięciu pomimo 40° C. ciepłoty miejscowo na lek nie oddziaływała. Dopiero po czwartem wstrzyknięciu wystąpiły zmiany miejscowe w oku, które można było dokładnie spostrzegać. Sprawę z téj pracy podam na innem miejscu.

Wreszcie wspomnieć muszę, że w piśmiennictwie okulistycznem polskiem dotąd przypadek gruźlicy tęczówkowéj tylko Hoene opisał. Przypadek ten spostrzegał także Talko, a badanie anatomiczne wykonał Wiegand.

IV. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał
Dr. Jan Sędziak
b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych
w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9.)

Przystępując obecnie do radykalnego leczenia zboczeń przegrody nosa, muszę zaznaczyć, że niektórzy autorowie, (przeważnie amerykańscy, jak n. p. Bosworth i Jawis z N.-Yorku) przeceniają zdaniem mojem doniosłość *deviationis septi*, a co zatem idzie może zbyt często uciekają się do leczenia radykalnego. Starałem się na początku niniejszéj pracy wykazać, że cierpienie to jest niesłychanie częstem, że asymetryczną przegrodę nosa można do pewnego stopnia uważać za prawidło, symetryczną zaś za wyjątek, że prawdopodobnie *deviatio septi* w mniejszym lub większym stopniu istnieje od lat najmłodszych.

Otóż częstość ta nie jest bynajmniéj w stosunku prostym do zaburzeń funkcyjonalnych, jako następstw zboczeń przegrody nosa.

Przeciwnie chorzy stosunkowo rzadko skarżą się na owe zaburzenia, zboczenie zaś *septi*, częstokroć nawet bardzo znaczne, przypadkowo tylko się wykrywa.

Rodzi się więc kwestyja pierwszorzędnéj wagi, czy w przypadkach znacznych zboczeń przegrody nosa, nie wywołujących jednakże poważniejszych dla chorego zaburzeń, należy zboczenia owe usuwać na drodze operacyjnéj lub nie? Zdaniem mojem nie należy tego czynić i wogóle powodować się w tych razach nie tyle natężeniem saméj sprawy chorobowéj, ile rodzajem i stopniem zaburzeń, jakich zboczenia te są przyczyną. I dla tego to częstokroć zdarzyć się może, że wypadnie nam przystąpić do radykalnego leczenia tam, gdzie *deviatio septi* jest mało wyrażona, gdzie natomiast daje ona faktycznie powód do funkcyjonalnych zaburzeń i *vice versa*. Stąd potrzeba bardzo ścisłych wskazań, na co już zwracali uwagę niektórzy autorowie, jak n. p. Kinght, Moure, Hartmann i inni. I dla tego to obecnie przechodzę do owych wskazań.

I-szem i najważniejszem są zaburzenia ze strony oddechania. Sądzę, że w dostateczny sposób skreśliłem obraz tych zaburzeń, mówiąc o objawach, będących następstwem zboczeń przegrody nosa. I dla tego to powtarzać ich tu nie będę. Nietrudno zdaje się zrozumieć, dla czego przy postawieniu wskazań dla operacyjnego leczenia zboczeń nosa, zaburzenia oddechowe umieściłem na pierwszem miejscu. Z drugiéj jednak strony i w ocenieniu owych zaburzeń należy nam być bardzo ostrożnymi, powinniśmy mieć absolutną, o ile to jest możliwem, pewność, że te objawy zależą od danego cierpienia resp. *deviationis septi*, że nie są one wywołane obecnością innych spraw chorobowych, wikłających dane cierpienie, że zatkanie nosa nie jest wywołanem n. p. obecnością guzów w jamie nosogardzielowéj. Rzecz prosta, że w tych warunkach usunięcie zboczenia przegrody nosa, nie usunie nam owych zaburzeń; tym sposobem względem chorego zawinimy, żeśmy niepotrzebnie narazili go na bądźcobądź bolesną operacyją.

II-em niemniéj ważnem wskazaniem do radykalnego leczenia zboczeń przegrody nosa stanowią owe objawy zwrotne odruchowe, o których wyżéj szczegółowo mówiłem, a więc kaszel, astmatyczne napady, najróżnorodniejsze nerwobóle itd. Powiedziałem „niemniéj ważnem“, gdyż rzeczywiście objawy te, po większéj części lata całe trwające i w wysokim stopniu chorego niepokojące, wszelkiemu leczeniu objawowemu się nie poddają i tylko leczenie przyczynowe resp. usunięcie zboczenia *septi* do celu prowadzi. Jeżeli jednak przy pierwszem wskazaniu należy zachowywać pewne ostrożności, to tem bardziéj tyczy się to drugiego.

Rzeczywiście od czasów Hacka, tego entuzyjastycznego propagatora teoryi odruchowéj, dużo się w pojęciach naszych zmieniło. Coraz częściéj odzywają się głosy, przeciw téj teoryi przemawiające. Nie zawsze astma, nerwoból itd., mające jakoby swe źródło w zboczeniu przegrody nosa, ustępują po jego usunięciu.

Niedość na tem, istnieją publikacyje donoszące nam, że po niektórych operacyjach w nosie wystąpiły owe nieprzyjemne dla chorych zaburzenia, jak astma itd.

Wobec tego przystępując do leczenia owych zaburzeń przez usunięcie *deviationis septi*, nie powinniśmy absolutnie stawiać pomyślnego rokowania, jeżeli nie chcemy się wobec chorego zdyskredytować.

Do mniéj ważnych wskazań należy zaliczyć:

III. zaburzenia ze strony słuchu, zależne od zboczeń przegrody nosa, jakoteż przeszkoda w leczeniu już istniejącego cierpienia ucha.

IV-te wskazanie stosunkowo bardzo rzadko ma miejsce, mianowicie: przy operacych polipów nosa znacznie wystający wyrostek (ość, lub grzebień), rzadziéj skrzywienie *septi* utrudnia, lub zupełnie uniemożliwia wprowadzenie odnośnych instrumentów (n. p. pętli).

Również rzadko zmuszeni jesteśmy zadosyć uczynić ostatniemu

V-mu wskazaniu estetycznemu. Nierzadko uraz spowodować może nietylko zwykłe *deviatio septi*, lecz i asymetryję nosa, mniéj lub więcéj wyrażoną. Stosunkowo często li tylko w celach kosmetycznych stosuje się resekcyję *septi* w przypadkach powyżéj przezemnie opisanych, gdzie wolny brzeg *septi cartilaginosi* nie znajduje się na jednym poziomie z *septum membranaceum*, wystając mniéj lub więcéj znacznie do światła jednéj z jam nosowych. W przypadkach tych obok upośledzonéj drożności nosa, wzgl. mniéj lub więcéj wyrażo-

nych zaburzeń oddechowych, istnieje do pewnego stopnia zniekształcenie nosa, co i bywa najczęściéj powodem szukania porady lekarskiéj.

Załatwiwszy się w ten sposób ze wskazaniami przechodzę obecnie do saméj operacyi. Zaczynam od metod ortopedycznych:

Jeszcze Quelmalz w połowie 18 go wieku zalecał naciskanne palcem końca nosa, naciskanie kilkadziesiąt razy powtarzane, ku stronie przeciwnéj skrzywieniu. W 100 lat potem metoda ta znalazła zwolennika w Michelu. Procedura to jednak zbyt jest niewinną, aby się po niéj jakiegoś skutku spodziewać można.

Również nie wiele pożytku spodziewać się należy od zastosowania blaszkownicy, rur gumowych, różnego rodzaju *bougies* (Mackenzie używa owalnych, George Stoker wklęsło-wypukłych), daléj tamponów z waty, wprowadzanych do zwężonéj jamy na kilka godzin lub dzień cały (Jurasz, Hubert), jakoteż ścieśnionego powietrza (Massei, Bouchez).

Wszystkie te metody mogą być jedynie z pewną korzyścią stosowane w świeżych zupełnie, traumatycznego pochodzenia zboczeniach *septi cartilaginosi*, zwłaszcza u dzieci. W przypadkach zastarzałych, przy zboczeniach w części kostnéj przegrody u dorosłych, metody te mogą jedynie mieć znaczenie drugorzędne, pomocnicze, mianowicie po dokonanéj operacyi krwawéj dla utrzymania nadal w danéj pozycyi *septi*.

Wielki krok naprzód w ortopedycznéj technice stanowi instrument Adams-Jurasza, który ma dosyć zwolenników (Rosenthal itd.), choć nie brak mu i przeciwników (G. Stoker, Krieg itd.). (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Poncet podaje wniosek mający umożebnić (?) stosowanie szczepianki Kocha także w *meningitis tuberculosa*. Ponieważ, jak Henoch pierwszy wypowiedział, głównem niebezpieczeństwem jest tu wytwarzające się silne przekrwienie mózgu i opon w niepodatnéj czaszce, P. radzi wytrepanowanie dość dużego otworu w czaszce przed przystąpieniem do wstrzykiwań, aby przez to dać mózgowi możność swobodnego rozszerzania się. Autor sądzi, że wobec bezwzględnie niepomyślnego rokowania, jakie daje zapalenie gruźlicze opon mózgowych, operacyja sama nie powinna wchodzić w rachubę. (*Lyon méd.*, Nr. 1).

Jacoud przedstawił w *Académie de médicine* dnia 10 lutego wyniki szczepienia ochronnego limfy Kocha, które wspólnie z Ménétrierem przedsięwziął na śwince morskiéj. Zwierzę ważące 580 gr. otrzymało w ciągu 4 tygodni 0·50 czystéj limfy. Jedynym widocznym skutkiem była utrata 26 gr. wagi ciała. Nazajutrz po ostatniéj injekcyi wstrzyknięto téj śwince morskiéj w okolicę łopatki połowę rozmiękłego gruczołu limfatycznego, pochodzącego z świnki dotkniętéj gruźlicą. W miesiąc po tem zaszczepieniu zwierzę zginęło, a przy sekcyi znaleziono gruczoły pachowe nasiekłe, liczne gruzełki i nacieki gruźlicze w płucach, w wątrobie i w śledzionie. Dla tego silnie zbudowanego zwierzęcia czas życia po zaszczepieniu gruźlicy był bardzo krótki, a zmiany tak daleko posunięte, jakie tylko takie zaszczepienie wywołać może. Szczepienie ochronne limfą Kocha nie odniosło przeto żadnego skutku. Równocześnie z tamtą świnką zaszczepiono drugiéj 485 gr. ważącéj, drugą połowę gruczołu limfatycznego. Jakkolwiek wychudnienie i nacieczenie gruczołów pachowych wskazuje, że gruźlica się u tego zwierzęcia przyjęła, jednakże do dnia wykładu już o 10 dni pierwszą świnkę przeżyło. (*Bulletin méd.* Nr. 12).

W związku z tem są doświadczenia Dujardin-Beaumetza. Wstrzykiwał on limfę Kocha świnkom morskim z daleko posuniętą gruźlicą; wszystkie szybko zginęły. Ponieważ w tych przypadkach można było śmiertelne zejście przypisać rozległéj gruźlicy, przeto zaszczepił dwom zdrowym świnkom gruźlicę i zaraz potem rozpoczął wstrzykiwania limfy, innym dwom zastosował procedurę odwrotną, a wreszcie dwom ostatnim zaszczepił tylko jad gruźliczy. Wszystkie zdechły bez znacznéj różnicy w czasie. D.-B. zauważył nadto u niektórych zwierząt leczonych limfą silne krwotoki nerkowe. Autor z doświadczeń swych wysnuwa wniosek, że podobnie jak u ludzi, tak i u zwierząt pomyślnych skutków stosowania środka Kocha nie ma. (*La Semaine méd.*, Nr. 7).

Z końcem listopada r. z. złączyli się lekarze szpitala św. Ludwika w Paryżu: Vidal, Besnier, Fournier, Hallopeau, Quinquand i Sailler w komisyję mającą wspólnie poddać badaniu środek Kocha z nadzwyczajną ścisłością. W kilku salach zebrano wyłącznie chorych, u których stosowano limfę Kocha i zorganizowano ciągłą lekarską obserwacyję. Wszyscy członkowie komisyi badali każdy przypadek zosobna, a do doświadczeń używano tylko przypadków, w których rozpoznanie choroby nie ulegało najmniejszéj wątpliwości. Na posiedzeniu *Société de dermatologie et de syphilographie* w dniu 12 lutego Besnier przedstawił wynik tych doświadczeń. B. przedłożył tablicę, w któréj zebrane były przebieg i objawy we wszystkich przypadkach. „Czego jednak z tablic tych wyczytać nie można, czego żaden wykład wyjaśnić nie może i co w wszystkich publikacyjach pominięto — wyraża się Besnier — to są okropne i niepotrzebne cierpienia, które znosili niektórzy chorzy“. Przypadku śmierci dzięki staraniom i opiece lekarzy i posługi nie było. Pod wpływem gorączki reakcyjnéj po wstrzykiwaniach powstaje w tworach gruźliczych tudzież w ich okolicach zadrażnienie podobne do tego, które w przewlekłych zmianach gruźliczych wywołuje róża, nie dochodzące jednak do tego stopnia jak przy róży. W następstwie tego zadrażnienia zauważa się mniéj lub więcéj wyraźne polepszenie, skłonność do zabliźniania się, albo nawet wytworzenie się blizny, właściwe jednak gruzełki rzeczywiste i specyficzne elementa chorobowe pozostają niezmienione, albo nawet powiększają się i mnożą. U żadnego chorego nie otrzymano po wstrzykiwaniach limfy Kocha lepszych, co gorsza nawet takich samych wyników leczniczych, jak przy innych sposobach leczenia. Te wprawdzie mają tę ujemną stronę, że są bolesne, jednakże ból, jaki one sprawiają jest drobnostką wobec cierpień, wywołanych leczeniem metodą Kocha. W połączeniu z zabiegami chirurgicznemi (wyskrobanie, przyżeganie itd.) oddaje środek Kocha w małych dawkach lepsze usługi niż sam w dużych dawkach. Besnier wypowiada w końcu zdanie, że lekarz nie ma prawa wstrzykiwać człowiekowi toksyny prątków gruźliczych. (*La Semaine méd.*, Nr. 8).

Gepner: Przypadek liszaja spojówki leczony za pomocą środka Kocha.

Ciężki przypadek liszaja spojówki z wrzodami i naciekami rogówkowemi i z *symblepharon* leczono przedtem zwykłemi sposobami, które sprawdziły polepszenie. Po zastosowaniu 0·001 środka Kocha nastąpiły groźne objawy ogólne (głębokie *coma*), które powtórzyły się i po drugiéj takiéj saméj dawce. Co się tyczy miejscowych objawów w oku, to owrzodzenia liszajowe spojówki nieco się poprawiały. Uderzającem było silne zaćmienie rogówki, które reakcyjnie po wstrzykiwaniach nastąpiło, późniéj jednak nieco się zmniejszyło. *Symblepharon* stało się większe. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, styczeń).

Doświadczenia, które Kurz wykonał, okazały, że środek Kocha ma wielką wartość dla rozpoznania ukrytych ognisk gruźliczych. W małych dawkach i przy zastosowaniu odpowiednich środków ostrożności nie przedstawia niebezpieczeństwa. U chorych Kurza nastąpiło pod wpływem wstrzykiwań znaczne polepszenie. Podczas reakcyi ogólnéj zauważał K. zwiększenie się ilości moczanów w moczu. (*Gaz. degli ospitali*, 14 stycznia).

Aby wykluczyć silną i długotrwałą reakcyję, która już czasem po dawce 1 mg. występuje, Guttmann i Ehrlich stosują od kilku miesięcy środek Kocha odmiennie od zwykłego postępowania. Rozpoczyna się od dawki $^1/_{10}$ mg., każdą następującą dawkę codzienną (czasem co drugi dzień) zwiększa się o $^1/_{10}$ mg., aż po upływie 10 dni dochodzi się do

1 mg. Następnie podwyższa się dawkę, wstrzykując co dwa dni, o $^2/_{10}$ mg., a doszedłszy do 2 lub 3 mg. podwyższa się o $^1/_2$ mg. Jako cel takiego postępowania podają autorowie: wypróbowanie czułości chorego na reakcyję wobec środka Kocha, przyzwyczajanie chorego ustroju do tego środka, przez co unika się wywołania silnéj reakcyi gorączkowéj. W większéj części przypadków opisane postępowanie początkowe nie wywołuje wcale reakcyi, w mniejszéj liczbie występuje nawet zanim dochodzi się do dawki 1 mg. reakcyja mniéj lub więcéj silna, połączona z gorączką, dochodzącą wyjątkowo tylko do 39°. Dalsze postępowanie jest w tych przypadkach rozmaite: jeżeli gorączka jest chwilowa, krótkotrwała, wstrzykuje się co dwa dni ostatnią dawkę dopóty, aż nie wywoła już gorączki; jeżeli zaś gorączka jest trwałą, należy czekać aż ustąpi i rozpocząć na nowo od bardzo małych dawek, choćby od $^1/_{10}$ mg., postępując znowu jak poprzednio. Rozczyn limfy 1:1000 należy zawsze świeżo przygotowywać, gdyż tak słabe rozczyny, łatwo tracą siłę. U chorych w liczbie więcéj niż 30, u których stosowano w opisany sposób środek Kocha, nie zauważali autorowie żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych; polecają przeto to postępowanie szczególnie w praktyce prywatnéj. (*Deut. med Wochenschr.*, Nr. 10).

Mikulicz podał spostrzeżenia swoje poczynione na 88 osobach, u których stosował środek Kocha. 10 z nich było zupełnie zdrowych, z tych u 5 wystąpiła po wstrzyknięciu 0·005—0·01 limfy, wybitna reakcyja, 5 nie oddziaływało. Z pozostałych 78 można było u 25 na pewno wykluczyć gruźlicę, a z tych 22 nie oddziaływało, 3 okazywało reakcyją ogólną.

U wszystkich oznaczano ilość hemoglobiny we krwi i okazało się, że w większéj części przypadków ilość hemoglobiny się stale w czasie leczenia o 10—30% zmniejszała. Ze względu na wyniki lecznicze bierze M. w rachubę tylko 28 przypadków, u których wstrzykiwania stosowano od 2 miesięcy. Jeden chory zmarł na zapalenie opon mózgowych. W 14 przypadkach dotąd żadna zmiana nie nastąpiła, w 3 wystąpiło pogorszenie, którego jednak nie można przypisać sposobowi leczenia. Wyraźne polepszenie zauważono w 10 przypadkach. W tych ostatnich przypadkach wprawdzie stosowano przed albo podczas leczenia metodą Kocha jakieś zabiegi chirurgiczne, ale dopiero po użyciu kochiny nagle wystąpiło wyraźne polepszenie. (*Tamże*). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Karol Marcinkowski w literaturze i praktyce lekarskiéj.

Praca doktorska: *De fontibus indicationum generatim.* Studyja w Paryżu. Stan nauk lekarskich w ówczesnéj Francyi. Po powrocie do kraju wydane rozprawy: *Ueber den Werth der Transfusion des Blutes als Arzneimittel* i *Uwagi nad historyją i naturą kołtuna ze względu na przyczyny i sposób leczenia tego fenomenu.* Praktyka na emigracyi. Niektóre poglądy naukowe w listach wyrażone. Praktyka po powrocie z emigracyi. Sztab lekarski. Podróżowanie konno. Marcinkowski jako dyjagnostyk i terapeuta.

Podał
Dr. J. Zielewicz z Poznania.

Literackie żniwo Marcinkowskiego nie jest zbyt obfite. Wszakże zważyć należy, że autor nasz żył w czasach, kiedy o nadprodukcyi pióra nie było jeszcze mowy, zwłaszcza u ludzi ścisłéj nauki. Pisano mniéj niż dzisiaj, mniéj też było sposobności do publikowania, bo fachowych czasopism było bardzo mało, a do wydania we formie osobnéj książki nie wszystko się nadaje.

Z tem wszystkiem Marcinkowski — jak na owe czasy — wcale pokaźne w literaturze lekarskiéj zajął stanowisko. Prace jego znów — podobnie jak w dziedzinie obywatelskiéj — na dwa dzielą się okresy: w dobie przedrewolucyjnéj okres przygotowawczy, po powrocie z emigracyi okres produkcyjności na polu lekarsko-literackiem, równie jak to widzieliśmy na polu prac obywatelskich.

Praca „doktorska“, którą *ex officio* trzeba było napisać, jak u każdego promowanego lekarza, tak i u Marcinkowskiego stanowi owe *primitia studiorum*, w których raczéj dobrych chęci, niż naukowéj wartości szukać mamy prawo. Za temat do rozprawy obrał sobie nasz autor rzecz o wskazaniach, sięgnął więc po materyjał do bogatego skarbca patologii ogólnéj, któréj na uniwersytecie słuchał u Fr. Hufelanda, a po części i u Berendsa, klinicysty, tenże bowiem wykładał także „semiotykę“. Praca Marcinkowskiego p. t. *De fontibus indicationum generatim*[1]) obejmuje 13 paragrafów, a główne myśli tu wypowiedziane dadzą się pomieścić w następującem streszczeniu. Ostatecznym celem nauki lekarskiéj jest rozpoznanie choroby i jéj leczenie; pierwsze osiągamy przez obserwacyją, drugiemu za podstawę służą pewne zasady zastosowywania środków leczniczych, zwane wskazaniami. Opierając się na Bagliwiuszu i Hipokratesie, autor nasz rozprowadza różnicę pomiędzy empiryją, a racyjonalnem chorób leczeniem, które bez dokładnych wskazań obyć się nie może, nie powinno jednak zupełnie zrywać ze spekulacyją, któréj sztuka lekarska ma wiele do zawdzięczenia. Dokładna znajomość stanu chorobowego i działania leków pierwszym jest warunkiem leczenia, do tego zaś przychodzi się dokładną obserwacyją każdego szczegółowego przypadku, a ostatnia wymaga uwzględnienia przeszłości chorego, zbadania jego obecnego stanu, tudzież uwzględnienia okoliczności przeszłych, co wszystko razem wzięte staje się w umyśle lekarza źródłem téj idei, którą wskazaniem leczniczem zowiemy. Stósownie do tego podziału do pierwszéj kategoryi źródeł zalicza autor właściwości szczegółowe organizmu, stan sił żywotnych, sposób życia, temperament, wiek i płeć, przechodzi następnie do przyczyn chorobowych, które dzieli na epidemiczne, endemiczne i przyrzuty (*contagia*). Z obecnego zaś stanu choroby wydedukować należy, które szkodliwe zdrowiu i życiu pierwiastki wydalić, a które jako pożyteczne zachować trzeba a do tego celu prowadzi: choroba sama, siły chorego, różne znaki natury, znane pod nazwą instynktów, a wreszcie wybitne objawy chorobowe. Każdemu z tych działów autor poświęca osobny rozbiór. Następnie autor nasz stawia sobie pytanie: w jaki sposób rokowanie (*futura aestimatio*) do wyszukania wskazań posłużyć może? Przy obmyślaniu planu leczniczego powinniśmy zarazem zważać na to, co się może stać w przebiegu choroby i o ile zmiany w ciągu tegoż na zmianę środków wpływać mogą. Za przykład bierze autor młodzieńca, którego budowa przemawia za skłonnością do suchot, który atoli oprócz niezwykłego podrażnienia układu naczyniowego, na nic więcéj chwilowo nie cierpi. Z tego jednak trzeba wnosić, że należy zwrócić się ku wzmacnianiu i oziębianiu płuc. Przechodząc do chorób ostrych, radzi stopniowanie w używaniu środków i widzi w tem błąd, że lekarze od razu zanadto energicznie biorą się do rzeczy.

Stoi więc autor nasz w tym pierwszym utworze swego pióra na stanowisku patologii humoralnéj, która owemi czasy była dogmatem w nauce. Oddaje wiernie poglądy swoich nauczycieli, a znać też po sposobie jego dedukcyi, że nie od parady słuchał Hegla, stósownie do ówczesnych przepisów, że lekarzowi potrzebna także propedeutyka filozoficzna, która wtedy była czysto spekulatywną. Ten kierunek duchowy Marcinkowskiego przebija się nietylko w jego pracach lekarskich, ale i we wszystkich objawach jego pióra — czy to społecznych, czy ekonomicznych, wygłaszanych w późniejszem życiu we formie publicznych przemówień, odezw itd.

Po napisaniu rozprawy doktorskiéj i egzaminach Marcinkowski rzucił się w wir praktyki, ale pola nie zalegał, na książki pieniędzy nie żałował i choć, jak sam mówi, nie zbyt obfitą, ale jednak dostateczną do oryjentowania się w postępie nauki, zbierał biblijotekę. Pod wpływem własnego doświadczenia zapewne niejeden pogląd ze szkoły wyniesiony

[1]) Egzemplarz król. Biblijoteki berlińskiéj I-a 3044 M. 17338.

w myśli jego zmienić się musiał, ale w siedm lat po objęciu praktyki trzeba było pójść za głosem trąbki bojowej i nowe gromadzić doświadczenia. W obozie spotkał się z cholerą, znaną mu dotychczas zaledwie z książek, literackie jednak zużytkowanie téj naukowéj zdobyczy trzeba było zostawić późniejszemu czasowi.

Tymczasem zaskoczył Marcinkowskiego okres życia emigracyjny. Zachęcony do tego i w środki pieniężne przez jenerała Chłapowskiego zaopatrzony, udał się Marcinkowski na emigracyję, nie po to, aby z resztą wychodźtwa dzielić złudzenie o powrocie kiedyś do ojczyzny z bronią w ręku, ale plan jego, o którym zresztą już przed rewolucyją marzył, zmierzał dziś ku temu, aby ból patryjotycznego zawodu przytłumić pracą nad dalszem kształceniem się w umiejętności swego powołania.

Mimo całéj czci dla swoich berlińskich nauczycieli, a w szczególności dla profesora Berendsa, widział Marcinkowski, jak wszyscy jego współcześni koledzy, że ówczesna medycyna niemiecka nie wytrzymywała porównania z wysokością, na jakiéj już wtedy stała umiejętność lekarska w Anglii i Francyi. Rozumne podróżowanie zresztą uważane było wtedy, równie jak i dziś, za jeden z ważnych czynników postępu naukowego w naszym zawodzie.

Podczas kiedy w Niemczech hołdowano wówczas jeszcze czystéj empiryi, zabarwionéj mocno filozoficzną spekulacyją, w Anglii i Francyi, na gruzach upadającéj coraz bardziéj „medycyny filozoficznéj" Broussaisa i Bouillarda na dobre już rozwijała się nowa szkoła anatomiczno-patologiczna. Na fundamencie położonym przez Bichata pracował w Paryżu w anatomii patologicznéj — zwłaszcza płuc i gruźlicy — Louis, który szkołę Broussaisa do szczętu obalił, Cruveillier najprzód opisowy, następnie patologiczny anatom, tudzież Andral, gorliwy badacz fizyjologicznego i patologicznego składu krwi. (C. d. n.)

VII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** dnia 20 marca. Tydzień bieżący rozpoczęliśmy smutnym obchodem oddania ostatniéj posługi jednemu z młodszych współpracowników. Dnia 13 b. m. zmarł wskutek ropienia, będącego następstwem zapalenia wyrostka robaczkowego, Dr. Józef Hempel, pierwszy asystent przy katedrze anatomi patologicznéj. Ś. p. Hempel urodził się w Lubelskiem w roku 1863. Studyja medyczne rozpoczął w uniwersytecie warszawskim, który razem z innymi kolegami swymi z powodu znanych zajść zmuszony był opuścić, wtedy przeniósł się do uniwersytetu krakowskiego, gdzie zaś w roku 1887 uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Już w czasie studyjów prawością charakteru, przymiotami towarzyskiemi, gorliwą pracą zjednał sobie ogólną serdeczną sympatyją tak nauczycieli, jakoteż kolegów swoich. Po uzyskaniu stopnia akademickiego pełnił obowiązki elewa przy klinice lekarskiéj profesora Korczyńskiego; wkrótce potem został mianowany asystentem przy katedrze anatomii patologicznéj. Zmarły odznaczał się gorliwą i wytrwałą pracą i szczerym zapałem do pracy naukowéj, którego dowody składał biorąc żywy i czynny udział w posiedzeniach towarzystwa lekarskiego i zjazdach chirurgów polskich. W roku ubiegłym udzielił Mu uniwersytet stypendyjum do wyjazdu za granicę, z czego korzystając uzupełniał ś. p. Hempel studyja swe w zakładzie higijenicznym prof. Kocha w Berlinie, pracując w bakteryjologii. Dla dalszego kształcenia się w téj gałęzi nauk lekarskich zamierzał w tym roku ś. p. Hempel wyjechać do Paryża, aby daléj w instytucie Pasteura pracować, ku czemu zapewnioną miał dalszą pomoc ze strony uniwersytetu naszego.

Jeszcze jako uczeń pomieścił śp. Hempel w Pamiętniku słuchaczy Uniwersytetu Jagiellońskiego wydanym w r. 1887 na uroczystość otwarcia *Collegii novi* pracę wykonaną w pracowni prof. Stopczańskiego, p. t. „Czy w moczu fizyjologicznym znajduje się kwas mlekowy i czy są przypadki chorobowe, w których możnaby kwas mlekowy udowodnić". Na pierwszym zjeździe chirurgów polskich przedłożył pracę z zakładu anatomii patologicznéj o zmianach ściany żołądka przy rakach części odźwiernikowéj, na drugim zjeździe chirurgów polskich pracę o zmianach narządów wewnętrznych w przebiegu narkozy chloroformowéj i pozostawił jeszcze w rękopisie trzecią pracę o zachowaniu się błony śluzowéj żołądka i trawienia białka wobec ostréj ogólnéj niedokrewności. Zdolności ś. p. Hempla, Jego gorliwe i wytrwałe prace, szczery zapał do nauki rokowały piękną przyszłość i zapewniały tę nadzieję, iż kraj ojczysty, którego ś. p. Hempel wiernym był synem, zyska w Nim dzielnego pracownika na polu naukowem. Nieubłagana śmierć przerwała to życie poświęcone ojczyźnie, pracy, rodzinie, a szczery żal wszystkich, którzy Go znali, towarzyszył s. p. Hemplowi do grobu, czego wyrazem było przemówienie nad grobem prezesa Towarzystwa lekarskiego krak. Gluzińskiego i serdeczne przemówienie ściślejszego kolegi Dra Orzechowskiego. *Sit ei terra levis!*

* Na posiedzeniu Tow. lek. w dniu 18/3 1891 kol. Przewodniczący, wezwawszy zebranych członków do uczczenia przez powstanie pamięci świeżo zmarłego kolegi Dra Hempla, powiadamia kolegów, że w imieniu Tow. lek. krak. złożył na jego grobie wieniec.

Kol. Przewodniczący przedstawił 2 wnioski Komisyi przemysłowéj, tyczące się powiększenia ilości członków téjże komisyi. Wnioski te jednogłośnie przyjęto.

Kol. Rydygier przedstawił chorego, u którego z powodu zwyrodnienia rakowatego nerki lew. wykonał extyrpacyją nerki, oraz preparat nerki wyjętéj u 2-go chorego z powodu Pyonephrozy. W dyskusyi zabierali głos: kol. Przewodniczący, Stanisław Momidłowski i Prelegent.

Kol. Opieński wygłosił zapowiedziany odczyt: „O przyczynach wywołujących zmianę w konsystencyi moczu".

W dyskusyi zabierali głos: koll. Cybulski, Prelegent, Ponikło, Kryński i Podgórski.

* Księztwo poznańskie gotuje się do obchodu 50-téj rocznicy istnienia Tow. Naukowego Pomocy Naukowéj imienia Karola Marcinkowskiego w d. 21 kwietnia r. b. Dla uświetnienia obchodu wyjdzie książka p. t.: „Żywot i zasługi Dra K. Marcinkowskiego", około 10 arkuszy druku zająć mające, pióra zasłużonego i zaszczytnie znanego kol. Dra Zielewicza. Dzieło to już drogą przedpłaty przez księgarnię Żupańskiego rozsprzedane zostało w blisko 500 egzemplarzach, które w samem Księztwie rozebrane zostały. Nie wątpiąc, że i w Galicyi koledzy zainteresują się tą książką, podajemy w piśmie naszem jeden ustęp, za łaskawem zezwoleniem szan. autora, a podajemy ustęp ten w miléj nadziei, że koledzy krajowi nie poprzestaną na tym jednym ustępie, lecz zechcą zapoznać się z całością i tym sposobem poprą wydawnictwo braci naszych poznańskich, oddając przez to hołd pamięci wielce zasłużonego rodaka-lekarza. Równocześnie z dziełem, o którem mowa, ukaże się, na mocy uchwały komitetu, medal pamiątkowy z popiersiem śp. Dra Marcinkowskiego, medal, który przechowa drogą dla rodaków postać lekarza, żołnierza i obywatela jako miłą pamiątkę dla każdego lekarza polskiego.

* JE. Dr. Józef Majer złożył w dniu 12 marca przepisaną dla tajnych radców przysięgę w ręce prezydenta Sądu krajowego wyższego JE. p. Ignacego Zborowskiego, którego Najjaśniejszy Pan do odebrania téj przysięgi Najwyższem postanowieniem z dnia 28 lutego b. r. delegował.

* Kursa przygotowawcze do egzaminu fizykackiego rozpoczynają się z dniem 1 kwietnia b. r.

* C. k. Ministerstwo Wyznań i Oświaty reskryptem z d. 20 lutego b. r. L. 797 udzieliło Drowi Stanisławowi Ponikle, docentowi pryw. i c. k. lekarzowi powiatowemu w Krakowie, subwencyję w kwocie 500 złr. w. a., na podróż naukową celem dalszego kształcenia się w dziedzinie bakteryjologii i higijeny.

* W sprawie reorganizacyi studyjów lekarskich. Wysokie Ministerstwo wyznań i oświaty z końcem przeszłego miesiąca rozesłało do wszystkich Wydziałów lekarskich w monarchii okólnik następującéj treści:

Dotychczasowe przepisy o rygorozach na Wydziale lekarskim stoją wprawdzie bezwarunkowo wyżéj od tych, jakie dawniéj były w użyciu, jednakże w obec nadzwyczajnego postępu i rozwoju medycyny, w szczególności zaś w obec wielkiego zna-

czenia, do jakiego doszły poszczególne gałęzie tćj nauki, nasuwa się pytanie, czy nie zachodzi konieczność dalszéj reformy przepisów, dotyczących już nie tylko rygorozów, lecz w ogóle całych studyjów medycznych. Co do tćj kwestyi, która zresztą w obec dzisiejszego postępu wyłonić się musi, najlepiéj, sądzę, decydować mogą Grona Profesorów medycyny, którzy z jednéj strony kierując się dotychczaaowymi przepisami, datującymi się przeszło od lat 18 — a z drugiéj odczuwając doniosłość zawodu lekarza, mieli aż nadto sposobności do zastanowienia się, w jakim kierunku jest pożądaną albo nawet konieczną ta zmiana ze względu na wymagania dzisiejszéj nauki medycyny i publicznéj higijeny. Dlatego podaję odnośnym Gronom profesorskim sprawę tę do roztrząśnięcia z uwagą, by wziąwszy ją za przedmiot swych obrad na posiedzeniach, przeprowadziły ścisłą rewizyję obecnych przepisów, dotyczących rygorozów, i zdanie swoje w tym względzie mnie przedłożyły; przyczem, aczkolwiek nie chcę bynajmniéj krępować tem Grona profesorskie w ich zapatrywaniach, uważam za odpowiedne podać tu następujące pytania, które między innemi będą traktowane w czasie późniejszych obrad nad zaznaczoną kwestyją:

1) Czy należy włączyć w zakres egzaminu nowe przedmioty, a w szczególności: higijenę, psychijatryję, choroby skórne i weneryczne?

2) Czy są i które przedmioty, które możnaby wyłączyć z obecnego zakresu egzaminu?

3) Czy należy zwiększyć liczbę wykładów obowiązkowych, w szczególności czy byłby odpowiednim przepis, aby słuchanie wszystkich wykładów objętych zakresem egzaminu było obowiązkowém?

4) Czy zachodzi potrzeba ustanowienia pewnego stałego porządku, w jakim miałyby być słuchane przedmioty obowiązkowe, i czy należy to uwzględnić w rozporządzeniach, dotyczących rygorozów?

5) Czy złożenie egzaminu z pierwszych głównych przedmiotów (t. j. obecnie pierwsze rygorozum) po przepisanéj liczbie półroczy ma być warunkiem wliczania słuchaczom dalszych półroczy a w szczególności półroczy przeznaczonych na kliniki do ich absolutoryjum?

6) Czy zmiana obecnych przepisów, dotyczących sposobu odbywania się egzaminów, a szczególnie czasu, w jakim następują egzamina teoretyczne po praktycznych, byłaby korzystną albo potrzebną?

7) Czy ma się powoływać do egzaminowania z nauk klinicznych, pojętych w szerszem znaczeniu, niż dotychczas, także ludzi fachowych z poza grona profesorów zwyczajnych?

8) Czy pozwolenie wykonywania praktyki lekarskiéj należy czynić zawisłem od praktykowania przez oznaczony czas w jednym z publicznych szpitali?

Ażeby mieć odpowiednią podstawę do obrad w tćj kwestyi, poleca się Gronom profesorskim, aby uchwały swoje dokładnie sformułowały i jako wnioski, dotyczące zmiany obecnych przepisów o rygorozach, ewentualnie jako opracowane już przepisy mnie przedłożyły, jeszcze przed końcem bieżącego roku szkolnego.

* Od jednego z kolegów z Kołomyi otrzymujemy list następującéj treści:

Szanowna Redakcyjo!

W interesie tych P. T. Kolegów, którzyby dali się może skusić konkursem kolomyjskiéj kasy chorych, upraszam o umieszczenie następujących wyjaśnień.

Kołomyjska powiatowa kasa chorych licząca, jak sam Zarząd w konkursie ogłasza, 1283 członków, chce mieć dwóch lekarzy po 500 złr. rocznie i wymaga przytem, by lekarze ci z téj mizernej pensyi jeszcze fijakry opłacali. — Zaprawdę, kto zna tutejsze stosunki, kto wie, że samo miasto Kołomyja ciągnie się przeszło milę (przedmieście Mariahilf jest od rynku oddalone 7 kilometrów), kto wie, że do kołomyjskiéj powiatowéj kasy chorych należy kilka fabryk, młynów i destylarń nafty, z których np. fabryka kołków szewskich w Debesławcach aż 3 mile a tartak w Słobódce leśnéj przeszło 2 mile od Kołomyi jest oddalony, ten konkurs Wydziału powiatowéj kasy chorych w Kołomyi, będzie uważał nie tylko za ubliżający stanowi lekarskiemu, ale wprost za śmieszny. Historyja też tego konkursu jest ciekawa. W r. 1890, kiedy liczba członków kasy chorych nie dochodziła tysiąca, zamianował Wydział tejże kasy dwóch lekarzy Dra Bolesława Mayzla i Dra Janochę z pensyją 600 złr. rocznie i 180 złr. dodatku na fijakry. Kiedy w kwietniu r. 1890 zmarł Dr. Janocha, nie obsadzono opróżnionéj posady, polecając p. Dr. Mayzlowi zastępstwo i obiecując mu za to wynagrodzenie. Przez kilka miesięcy, pracując nad siły, potrafił jakoś Dr. Mayzel dać sobie radę, kiedy jednak z nastaniem zimy zwiększyła się ilość chorych, nie pomogły i nadludzkie wysiłki, trzeba było szukać pomocy. Wtenczas odnosi się Dr. M. do Wydziału, żądając nominacyi drugiego lekarza, a kiedy to nie odniosło skutku, udał się do świetnego c. k. Starostwa. To uznając słuszność podanych powodów, mianowało prowizorycznie drugim lekarzem Dra Gabryjela Sysaka na tych samych warunkach, na jakich był mianowany śp. Dr. Janocha, tj. 600 złr. pensyi i 180 złr. dodatku na fijakry. Stało się to 16 stycznia b. r. Wydział powiatowéj kasy chorych, zebrawszy się w lutym na posiedzenie uznał potrzebę drugiego lekarza, uchwalił jednakże po prostu dotychczasową pensyję jednego (600 złr.) rozdzielić na dwu i dodać każdemu po 15 złr. miesięcznie na podwody. Uchwałę tę niesprawidliwą odrzucili obaj lekarze z oburzeniem i wnieśli pisemne oświadczenie, że na takich warunkach daléj swych funkcyj pełnić nie mogą. Wydział uchwalił w odpowiedzi na to mianować nowych lekarzy i ogłosił powyżéj przytoczony konkurs.

Dla bliższego wyjaśnienia nadmienić muszę, iż obecnie kiedy pensyja wynosiła 600 złr. i dodatek na fijakry 180 złr. razem 780 złr., wypadła jedna wizyta lekarska przeciętnie na 15 ct. Na ile wypadnie, jeżeli pensyja obniżoną zostanie o 280 złr., łatwo obliczyć, ale też i łatwo przewidzieć, iż ani jeden lekarz szanujący swą godność posady téj nie przyjmie. Z kołomyjskich lekarzy (a jest nas tu niemało, bo oprócz dwóch wojskowych 15 i to 10 Drów a 5 chirurgów) wszyscy prawie zobowiązali się posady w kasie chorych pod powyższemi warunkami nie przyjąć.

W Kołomyi. 11/3 1891. *Dr. G. S.*

* Rada miasta Lwowa zobowiązała się w sprawie budowy Wydziału lekarskiego we Lwowie, oprócz dawniéj przyznanéj subwencyi 30,000 złr., wypłacić skarbowi jeszcze 20,000 złr. tytułem ekwiwalentu za dostarczenie gruntu pod budowę fakultetu, a to z powodu, iż gmina w okolicy szpitala głównego niema własnych gruntów, cudzych zaś dla zbyt wygórowanéj ceny nabyć nie może.

* W Peszcie docenci prywatni wszystkich wydziałów utworzyli stowarzyszenie, którego zadaniem ma być dostarczanie członkom odpowiedniego ich stanowisku wpływu na nauczanie i w ogóle sprawy uniwersyteckie. (*Internationale klin. Rundschau* Nr. 8).

* Miasto Freiburg w Niemczech jest ulubionem miejscem pobytu pp. Aptekarzy, którzy po zrobieniu fortuny spoczywają tu na laurach. Obecnie, jak podaje *The Chemist and Drogist*, jest ich tu 65. Wnosząc z wieku tych panów, z których wielu nie ma lat 40, sądzić można, że zawód aptekarski nawet i w tych trudnych czasach jest jednym z najbardziéj się rentujących.

* Do nowego Parlamentu w Hiszpanii wybrano aż 9 lekarzy, z których 5 będzie zasiadało w senacie. (*El Siglo Medico* 22 lutego).

* W r. 1890 każdy mieszkaniec Anglii na trunki wyskokowe średnio wydał 3 funty szterl. i 13 szyll. (*The British Medical Journal.* Nr. 8).

* W **Moskwie** dnia 20 lutego b. r. została otwarta z wielką uroczystością centralna stacyja elektryczna dla oświetlenia nowych uniwersyteckich klinik. Ilość lamp, które są zasilane z téj stacyi, przewyższa tysiąc. W salach wykładowych ustawione są żyrandole, a w salach operacyjnych latarnie o trzech lampach, z których każda posiada siłę 100 świec (*Wracz*, Nr. 9).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachijum.** Angerer mianowany profesorem chirurgii na miejsce Nussbauma.

* **Zmarli:** Dr. Nolski, profesor położnictwa, chorób kobiecych i dziecięcych w Moskwie. — W Gracu były profesor okulistyki Blodig.

W zastępstwie Redaktora: **Prof. Dr. N. Cybulski.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs celem obsadzenia posady asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj z remuneracyją 600 złr.

Podania wnosić należy najpóźniéj do dnia 10 kwietnia b. r. na ręce podpisanego.

Kraków, dnia 18/III 1891 r.

Rydel
t. c. Dziekan.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.